

Formulario
Form 499R-2W-2 PR
Rev. 05/04

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre - First Name MARIA		3. Núm. Seguro Social Social Security No.	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Apellido(s) - Surname(s) MATEO TORRES		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single Married	8. Sueldos - Wages 29,505.46	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address HC 2 BOX 6045 COAMO, PR 00769-9628		5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 29,505.46	
		7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	11. Propinas - Tips 0.00	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 427.83	
			12. Total=8+9+10+11 29,505.46	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00	
			13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00	
			14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,602.04	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00	
			15. Fondo de Retiro Retirement Fund 2,462.52		
			16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00		

Copia B para Planilla
del Empleado
Copy B for Employee's
Tax Return

Año: **2004**
Year:

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas
Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Corte aquí

Formulario
Form 499R-2/4-2 PR
Rev. 05/05

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY

COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT

1. Nombre-First Name MARIA		3. Núm. Seguro Social Social Security No.	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION		INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Apellido(s) - Surname(s) MATEO TORRES		4. Estado Civil - Civil Status Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Single Married	7. Sueldos - Wages 31639.45	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address HC 2 BOX 6045 COAMO, PR 00769-9628		5. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	8. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8002150526 S RIVERA DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919		6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0.00	9. Concesiones - Allowances 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 31639.45	
Copia C para Récord del Empleado Copy C for Employee's Records Año: 2005 Year:		11. Total=7+8+9+10 31639.45	20. Contrib. Medicare Retenido Medicare Tax Withheld 458.77		
		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00		
		13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1830.58	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips 0.00		
		14. Fondo de Retiro Retirement Fund 2597.52	23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00		
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00			
Fecha de Cese de Operaciones Cese of Operations Date		16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0.00			
Número de Control - Control Number 50613439					

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 482-Rev. 11.08

FORMA LARGA

Liquidador		Revisor	
G	RO	V1	V2
P1	P2	N	D1
D2	E	A	M

☐ PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)

2008 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE HACIENDA
2008
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS
AÑO CONTRIBUTIVO 2008 O AÑO COMENZADO EL
1 de enero de 2008 Y TERMINADO EL 31 de dic de 2008

Número de Serie

☐ PLANILLA ENMENDADA

☐ FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Día / Mes / Año

Sello de Pago

Número de Recibo: _____
Importe: _____

101555 S1788 P1 *****5-DIGIT 00769
MATEO TORRES, MARIA
HC 2 BOX 6045
COAMO PR 00769

Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)

Código Postal

Correo Electrónico (E-Mail)

Encasillado 1

SI NO

A. ☒ ¿Ciudadano de Estados Unidos?

B. ☒ ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?

C. ☒ ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?

D. ☒ ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo?

E. ☒ ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo)

F. ☒ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?

FUENTE DE MAYOR INGRESO:

G. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas

H. ☐ Empleado del Gobierno Federal

I. ☐ Empleado de Empresa Privada

Su ocupación Maestra

ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:

1. ☐ Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta

2. ☐ Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)

3. ☒ Jefe de familia (No para casados)

4. ☐ Soltero

5. ☐ Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge)

CONTRATO GOBIERNO

☐ CONTRIBUYENTE ☐ CONYUGE

PLANILLA 2009

☒ ESPAÑOL ☐ INGLES

J. ☐ Retirado/Pensionado

K. ☐ Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)

Ocupación cónyuge

☐ Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajan. No complete los Encasillados 2 y 3, ni las líneas 15 a la 25 del Encasillado 4, y pase al Anejo CO Individual.

Sello de Recibido

1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

☒ SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION
(Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique).

☒ Total de comprobantes con esta planilla .. 01

A-Contribución Retenida

1273	00
	00
	00
	00
	00

1,273	00
-------	----

Contribución Retenida

	00
--	----

B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas

32,506	00
	00
	00
	00
	00

32,506	00
--------	----

Salarios Federales

	00
--	----

C- Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)(01)

2. Otros Ingresos (o Pérdidas):

A) Ingreso de intereses (Anejo F Individual, Parte I, línea 10)	(03)	00
B) Participación distribuible en beneficios de sociedades especiales (Someta Anejo F Individual y Anejo R)	(04)	00
C) Participación distribuible en pérdidas de sociedades especiales (Someta Anejo R)	(05)	00
D) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades sujetos a retención (Anejo F Individual, Parte II, línea 1A)	(06)	00
E) Dividendos de corporaciones y distribuciones de sociedades no sujetos a retención (Anejo F Individual, Parte II, línea 3B)	(07)	00
F) Participación distribuible en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individual)	(08)	00
G) Participación distribuible en beneficios de corporaciones de individuos (Someta Anejo F Individual)	(09)	00
H) Distribuciones de Planes Gubernamentales (Anejo F Individual, Parte V, líneas 1C y 1D)	(10)	00
I) Ingresos misceláneos (Someta Anejo F Individual)	(11)	00
J) Distribuciones de Cuentas de Retiro Individual y Cuentas de Aportación Educativa (Someta Anejo F Individual)	(12)	00
K) Dividendos de Fondo de Capital de Inversión o de Turismo (Someta Anejo Q1)	(13)	00
L) Ingresos de anualidades y pensiones (Anejo H Individual, Parte II, línea 12)	(14)	00
M) Pensión recibida por divorcio o separación (Núm. seguro social del que paga: _____)	(15)	00
N) Ganancia (o pérdida) atribuible a industria o negocio (Someta Anejo K Individual)	(16)	00
O) Ganancia (o pérdida) atribuible a la agricultura (Someta Anejo L Individual)	(17)	00
P) Ganancia (o pérdida) atribuible a profesiones y comisiones (Someta Anejo M Individual)	(18)	00
Q) Ganancia (o pérdida) atribuible a alquiler (Someta Anejo N Individual)	(19)	00
R) Ganancia (o pérdida) en la venta o permuta de activos de capital (Someta Anejo D Individual)	(20)	00
S) Planes cualificados y Contratos de Anualidad Variable (Someta Anejo D Individual)	(21)	00
T) Ganancia neta de capital a largo plazo en Fondos de Inversión (Someta Anejo Q1)	(22)	00
3. Total Ingreso Bruto (Sume líneas 1B, 1C y 2A a la 2S)	(23)	32,506
4. Pensión Pagada por Divorcio o Separación (seg. soc. del que la recibe: _____)	(24)	00
5. Ingreso Bruto Ajustado (Línea 3 menos línea 4)	(25)	32,506

Periodo de Conservación: Diez (10) años

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Avenida Teniente Cesar Gonzalez
HATO REY, PR 00919

Esquina Calaf

Exhibit Page 6 of 15

Grupo de Pago: SM -Quincenal
Desde: 06/15/2009
Hasta: 06/26/2009Aviso #: 51269
Fecha Aviso: 06/30/2009

MARIA M MATEO TORRES	# Empleado:	DATA IMP:	Federal	PR
HC 2 BOX 6045	Dept:	Estado Civil:	Married	Married claiming 1/2
COAMO, PR 00769-9628	Lugar:	Concesiones:	0	3
	Titulo:	Pct. Adcl.:		
	Sueldo:	Cant. Adcl.:		

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Corriente			Acumulado					
Descripcion	Sueldo	Horas	Ingresos	Horas	Ingresos	Descripcion	Corriente	Acum
Pago de Salarios Regulares			1,352.50	732.00	16,230.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	19.61	23
Licencia Enfermedad en Exceso			0.00		17.48	PR Withholding	51.83	62
Total:			1,352.50	732.00	16,247.48	Total:		
DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acum
GPR Plan de Retiro de Maestro	121.73	1,460.76	RM-Pres Cult- Ret Maestros	50.49	605.88	SM-First Medical Health Plan	120.00	7
			RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	263.62	3,163.44	GPR Plan de Retiro de Maestro	114.96	1,3
			AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular	144.03	1,728.36	FSED Disability Plan	22.99	2
			SM-First Medical Health Plan	127.50	1,530.00			
			CO-COOP MAESTRO PR	5.00	40.00			
			SC-TRANS OCEANIC LIFE	26.10	313.20			
			AS-ASOC MAESTROS DE P.R.	8.50	102.00			
			Ahorros-AEELA	40.58	486.96			
Total:			121.73	1,460.76	665.82	* Tributable		
TOTAL BRUTO			BRUTO TRIBUT. FED			DEDUCCIONES TOTALES		
Corriente:	1,352.50		0.00		71.44	787.55		4
Acumulado:	16,247.48		0.00		858.95	9,430.60		59
PTO HORAS			ACUM			DISTRIBUCION PAGA NETO		
Balance Inicial:	0.0					Aviso #5126944		4
+ Ganada:								
+ Compra:								
- Usada:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final:	0.0					Total:		4

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919Fecha
06/30/2009Aviso N
512694

Cant. Deposito: \$493.51

A la
Cuenta(s) DeMARIA M MATEO TORRES
HC 2 BOX 6045
COAMO, PR 00769-9628

Localizacion: Susana Rivera

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Dep
Checking	072109688	\$
Total:		

NO-NEGOCIABLE

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS

Avenida Teniente Cesar Gonzalez
HATO REY, PR 00919

Esquina Calaf

Grupo de Pago: SM -Quincenal

Desde: 02/19/2010

Hasta: 03/04/2010

Aviso #: 9453109

Fecha Aviso: 02/26/20

MARIA M MATEO TORRES HC 2 BOX 6045 COAMO, PR 00769-9628	# Empleado: Dept: 8005021-Ponce Coamo Lugar: Susana Rivera Titulo: DEPARTAMENTO DE EDUCACION Sueldo: \$2,705.00 Monthly	DATA IMP: Federal PR Estado Civil: Married Married claiming 1/2 Concesiones: 0 3 Pct. Adcl.: Cant. Adcl.:
---	---	---

HORAS E INGRESOS						IMPUESTOS		
Descripcion	Sueldo	Corriente	Horas	Ingresos	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
Pago de Salarios Regulares				1,352.50	240.00	Fed FICA Med Hospital Ins / EE	19.62	78.
						PR Withholding	51.83	207.
Total:				1,352.50	240.00	5,410.00	71.45	285.

DEDUCCIONES			DEDUCCIONES GENERALES			BENEFICIOS PATRONALES PAGADOS		
Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado	Descripcion	Corriente	Acumulado
GPR Plan de Retiro de Maestro	121.73	486.92	RM-Pres Cult- Ret Maestros	50.49	201.96	SM-First Medical Health Plan	120.00	240
			RM-Prest Pers De Cuota-Ret Mae	263.62	1,054.48	GPR Plan de Retiro de Maestro	114.96	459
			AE-Asoc Emp ELA-Prest Regular	158.17	632.68	FSED Disability Plan	22.99	91
			SM-First Medical Health Plan	127.50	510.00			
			CO-COOP MAESTRO PR	5.00	20.00			
			SC-TRANS OCEANIC LIFE	26.10	104.40			
			AS-ASOC MAESTROS DE P.R.	8.50	34.00			
			Ahorros-AEELA	40.58	162.32			
Total:	121.73	486.92	Total:	679.96	2,719.84	* Tributable		

TOTAL BRUTO		BRUTO TRIBUT. FED		TOTAL IMPUESTOS		DEDUCCIONES TOTALES		PAGA N
Corriente:	1,352.50	0.00		71.45		801.69		479
Acumulado:	5,410.00	0.00		285.77		3,206.76		1,917
PTG HORAS		ACUM		DISTRIBUCION PAGA NETA				
Balance Inicial:	0.0			Aviso #9453109				479
+ Ganada:				Total:				479
+ Compra:								
- Usada:								
- Donada:								
+ Ajustes:								
Balance Final:	0.0							

MENSAJE:

DEPT DE EDUCACION-MAESTROS
Avenida Teniente Cesar Gonzalez
Esquina Calaf
HATO REY, PR 00919Fecha
02/26/2010Aviso No.
9453109

Cant. Deposito: \$479.36

A la
Cuenta(s) DeMARIA M MATEO TORRES
HC 2 BOX 6045
COAMO, PR 00769-9628

Localizacion: Susana Rivera

DISTRIBUCION DE DEPÓSITO DIRECTO		
Tipo de Cuenta	Numero de Cuenta	Cant. Deposito
Checking	072109688	\$479.36
Total:		\$479.36

NO-NEGOCIABLE

FORMA CORTA		<input type="radio"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE DEJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)		Número de Serie 1998103	
Liquidador	Revisor	2011	GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2011 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2011 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2011	2011	<input type="radio"/> PLANILLA ENMIENDADA
R	G	RO	VI	V2	P1
P2	N	D1	D2	E	A
M					
Nombre del Contribuyente		Apellido Paterno	Apellido Materno	Número de Seguro Social Contribuyente	
MARIA		MATEO	TORRES		
Dirección Postal				Fecha de Nacimiento	Sexo
HC 2 Box 6045				Día Mes Año	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Coamo		PR	Código Postal 00769-0000	Número de Seguro Social Cónyuge	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".				Fecha de Nacimiento del Cónyuge	Sexo
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno	Apellido Materno	Día Mes Año	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)				Teléfono Residencia	
HC 2 Box 6045				Teléfono del Trabajo	
Coamo		PR	Código Postal 00769-0000	CAMBIO DE DIRECCION: <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> No	
Correo Electrónico (E-Mail) PLANILLASGABBY@YAHOO.COM				PLANILLA 2012: <input checked="" type="radio"/> ESPAÑOL <input type="radio"/> INGLES	
SI NO		E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:			
A. <input checked="" type="radio"/> Ciudadano de Estados Unidos?		1. <input type="radio"/> Casado			
B. <input checked="" type="radio"/> Residente de Puerto Rico al finalizar el año?		(Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y paso al Anejo CO Individual)			
C. <input type="radio"/> Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individual)		2. <input checked="" type="radio"/> Contribuyente individual			
		(Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si es casado con capitulaciones de total separación de bienes e indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)			
D. FUENTE DE MAYOR INGRESO:		3. <input type="radio"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)			
1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas					
2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal					
3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada					
4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado					
Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge					
PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C)		01 564 00			
A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan		02 0 00			
B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico		03 0 00			
C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito)		04 564 00			
2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14)		05 0 00			
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado		06 0 00			
(b) Intereses		07 0 00			
(c) Recargos 0 y Penalidades 0		08 0 00			
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))		10 0 00			
AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO					
Tipo de cuenta		Número de ruta/tránsito		Número de su cuenta	
<input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros					
Cuenta a nombre de: y					
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)					
Declaro bajo penalidad de perjurio que la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, ha sido examinada por mí y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente		Fecha		Firma del Cónyuge	
✓ Firmada Electrónicamente		07-04-2012		✓	
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio		Fecha	
04 GABBY A ORTIZ HERNANDEZ		GABBY A ORTIZ HERNANDEZ		07-04-2012	
Número de Registro		Número de Identificación Patronal		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)	
010480		660-60-7056		<input checked="" type="radio"/>	
Firma del Especialista		Firmada Electrónicamente		Fecha	
				07-04-2012	
NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/> No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista					
Número confirmación: 0407201209819675071998103 Período de Conservación: Diez (10) años					

Formulario 481 Rev. 29 oct 12

FORMA CORTA		<input type="checkbox"/> PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)	
Liquidador	Revisor	2012	2012
GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2012 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2012 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2012			
Nombre del Contribuyente MARIA		Número de Seguro Social Contribuyente	
Dirección Postal HC 2 Box 6045		Fecha de Nacimiento	
Coamo PR		Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Código Postal 00769		Número de Seguro Social Cónyuge	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí".		Fecha de Nacimiento del Cónyuge	
Nombre o Inicial del Cónyuge		Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Apellido Paterno		Teléfono Residencia	
Apellido Materno		(787) 320-2858	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) HC 2 Box 6045		Teléfono del Trabajo	
Coamo PR		Código Postal 00769	
Correo Electrónico (E-Mail) PLANILLASGABBY@YAHOO.COM		CAMBIO DE DIRECCION: <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	
PLANILLA 2013: <input checked="" type="checkbox"/> ESPAÑOL <input type="checkbox"/> INGLÉS			

<p>Cuestionario</p> <p>SI NO</p> <p>A. <input type="checkbox"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos?</p> <p>B. <input type="checkbox"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?</p> <p>C. <input type="checkbox"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)</p> <p>D. FUENTE DE MAYOR INGRESO:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge</p>	<p>E. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:</p> <p>1. <input type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)</p> <p>2. <input checked="" type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge)</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Casado que rinde separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)</p>
--	--

PASE A LA PAGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.			
Reintegro	1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 1, línea 14. Indique distribución en las líneas A, B y C)	01	645.00
	A) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan	02	.00
	B) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico	03	.00
	C) REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en su cuenta, complete el Encasillado de Depósito)	04	645.00
Pago	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 1, línea 14)	05	.00
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado	06	.00
	(b) Intereses	07	.00
	(c) Recargos y Penalidades	08	.00
	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a))	09	.00

Depósito	AUTORIZACION PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO		
	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros	Número de ruta/tránsito	Número de su cuenta
	Cuenta a nombre de:		
	(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)		

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.			
Firma del Contribuyente	Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio	
GABBY A ORTIZ HERNANDEZ		ETAX BARRANQUITAS	
Firma del Especialista	Fecha	Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)	Número de Registro
	7 jun 2013	<input checked="" type="checkbox"/>	010480

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ SI ☐ NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Periodo de Conservación: Diez (10) años

PRSoft, Inc. (www.prsoft.com)

Formulario 482 Rev. 31 oct 14

FORMA ÚNICA		2014	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	2014	Número de Serie
Liquidador: _____ Revisor: _____ R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2014 O AÑO COMENZADO EL 1 de enero de 2014 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2014			
Nombre del Contribuyente: MARIA Dirección Postal: HC 4 Box 6045 Coamo PR 00769		Inicial: M Apellido Paterno: MATEO Apellido Materno: TORRES Número de Seguro Social Contribuyente: _____		<input type="checkbox"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ <input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social del cónyuge fallecido)	
Nombre e Inicial del Cónyuge: _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle): BO LO LLANOS CALLE 3 NO. 36 Coamo PR 00769		Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Número de Seguro Social Cónyuge: _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge: _____ Sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Día Mes Año Teléfono Residencia: (787) 320-2858 Teléfono del Trabajo: _____		<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> RECIBIDO 05 ABR. 2015 SIN PAGO <i>De Zarco y Gís</i> SECRETARIO DE HACIENDA </div>	
Correo Electrónico (E-Mail): mariamateo20@gmail.com ¿UTILIZÓ PROGRAMA PRIVADO PARA LLENAR LA PLANILLA? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No			
Cuestionario SI NO A. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) D. <input checked="" type="checkbox"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) E. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. <input checked="" type="checkbox"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. <input type="checkbox"/> Empleado del Gobierno Federal 3. <input type="checkbox"/> Empleado de Empresa Privada 4. <input type="checkbox"/> Retirado/Pensionado 5. <input type="checkbox"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal) 6. <input type="checkbox"/> Otro _____ Su ocupación: Maestro de Escuela 6110 Ocupación cónyuge: _____		F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 1. <input type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. <input checked="" type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) 3. <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) <div style="text-align: center; font-size: 2em; opacity: 0.5;">COPY</div>			
Reintegro 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 382 00 A) Acreditar a la contribución estimada 2015 02 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan 03 00 C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico 04 00 D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) 05 382 00		Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 28) 06 00 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado 07 00 (b) Intereses 08 00 (c) Recargos y Penalidades 09 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a)) 10 00			
Depósito AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros Número de ruta/tránsito: _____ Número de su cuenta: _____ Cuenta a nombre de: _____ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)					
Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.					
Firma del Contribuyente: <i>[Firma]</i> Fecha: _____ Nombre del Especialista (Letra de Molde): Luis A Torres		Firma del Cónyuge: <i>[Firma]</i> Fecha: _____ Nombre de la Firma o Negocio: Torres Associates			
Firma del Especialista: <i>[Firma]</i> Fecha: 04/14/15		Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input type="checkbox"/> Número de Registro: 19571			

PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☒ Si ☐ No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Periodo de Conservación: Diez (10) años

PRSoft, Inc. (www.prsoft.com)

PRSoft, Inc. (www.prsoft.com)

Conf. 041720171075A780A21624219

Formulario 482 Rev. 4 dic 17

FORMA ÚNICA		2017	GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	2017	Número de Serie
Liquidador Revisor		PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2017 O AÑO COMENZADO EL			<input type="checkbox"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="checkbox"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: _____ Día Mes Año
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M 1 de enero de 2017 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2017					<input type="checkbox"/> CONTRIBUYENTE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CÓNYUGE SUPERSTITE RINDE OTRA PLANILLA PA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: _____ Día Mes Año
Nombre del Contribuyente MARIA Dirección Postal HC 4 Box 6045 Coamo PR Código Postal 00769		Apellido Paterno MATEO Apellido Materno TORRES Fecha de Nacimiento _____ Día Mes Año Sexo <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F Número de Seguro Social Contribuyente _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge _____ Día Mes Año Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F Teléfono Residencia (787) 320-2858 Teléfono del Trabajo _____ CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		Sello de Recibo 14/04/2018 11:01:48 AM	
Nombre e Inicial del Cónyuge _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) HC 4 Box 6045 Coamo PR Código Postal 00769 Correo Electrónico (E-Mail) mariamateo20@gmail.com		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: <input type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Indiv <input checked="" type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110 Ocupación del cónyuge _____		CONTRATO GOBIERNO: <input type="checkbox"/> Contribuyente <input type="checkbox"/> Cónyuge	
Cuestionario A. <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) B. <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día _____ Mes _____ Año _____) 2. <input type="checkbox"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día _____ Mes _____ Año _____) 3. <input type="checkbox"/> No residente durante todo el año C. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "Si", indique la cantidad): 1. <input type="checkbox"/> Atribuible al contribuyente \$ _____ 2. <input type="checkbox"/> Atribuible al cónyuge \$ _____ D. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) E. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) F. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal? G. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día _____ Mes _____ Año _____) H. <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017? 1. <input type="checkbox"/> Contribuyente (Núm. decreto _____) 2. <input type="checkbox"/> Cónyuge (Núm. decreto _____)		ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: <input type="checkbox"/> Casado (Ennegrezca aquí <input type="checkbox"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Indiv <input checked="" type="checkbox"/> Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="checkbox"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="checkbox"/> Casado que no vivía con su cónyuge) <input type="checkbox"/> Casado que rinde por separado (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110 Ocupación del cónyuge _____			
PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro 1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) 01 142 A) Acreditar a la contribución estimada 2018 (01) B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan (02) C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico (03) D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito) (04) 142 (05)					
Pago 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) (06) 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado (07) (b) Intereses (08) 00 (c) Recargos y Penalidades (09) 00 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c)) (10)					
Depósito Tipo de cuenta <input checked="" type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros Número de ruta/tránsito 0 2 1 5 0 2 0 1 1 Número de su cuenta 0 7 2 1 0 9 6 8 8 Cuenta a nombre de: MARIA MATEO TORRES (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)					
AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Contribuyente _____ Fecha 14/04/2018 <input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE Nombre del Especialista (Letra de Molde) LUIS A TORRES Firma del Especialista _____ Fecha 14/04/2018 <input checked="" type="checkbox"/> FIRMADA ELECTRONICAMENTE Nombre de la Firma o Negocio TORRES ASSOCIATES Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí) <input type="checkbox"/> Número de Registro 19571					
NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista. Conf. 04142018104D828CF21458957 Período de Conservación: Diez (10) años PRSoft, Inc. (www.prsoft.com)					

2018 GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2018		Número de Serie	
PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2018 O AÑO COMENZADO EL					
01 de ene. de 2018 Y TERMINADO EL 31 de dic. de 2018					
Liquidador R G R O V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M		Revisor M		Nombre del Contribuyente MARIA	
Apellido Paterno MATEO		Apellido Materno TORRES		Número de Seguro Social Contribuyente	
Dirección Postal HC 4 Box 6045		Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Sexo <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F	
Coamo PR		Código Postal 00769		Número de Seguro Social Cónyuge	
Nombre e Inicial del Cónyuge		Apellido Paterno		Apellido Materno	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) HC 4 Box 6045		Fecha de Nacimiento del Cónyuge Día Mes Año		Sexo del Cónyuge <input type="radio"/> M <input checked="" type="radio"/> F	
Coamo PR		Código Postal 00769		Teléfono Residencia (787) 320 - 2858	
Correo Electrónico (E-Mail) torresmateomaria7@gmail.com		Teléfono del Trabajo ()		CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	
Solicitud Prórroga: <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO		CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge		Sello de Recibido 12/04/2019 6:08:36 PM	

Cuestionario	A. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones)	I. FUENTE DE MAYOR INGRESO:	1. <input checked="" type="radio"/> Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas	4. <input type="radio"/> Retirado/Pensionado
	B. <input checked="" type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	¿Residente de Puerto Rico durante todo el año? Si contestó "No", indique una de las siguientes: 1. <input type="radio"/> Fecha de mudanza a P.R. (Día Mes Año) 2. <input type="radio"/> Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día Mes Año) 3. <input type="radio"/> No residente durante todo el año		2. <input type="radio"/> Empleado del Gobierno Federal	5. <input type="radio"/> Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)
	C. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "SI", indique la cantidad): 1. <input type="radio"/> Atribuible al contribuyente \$ 2. <input type="radio"/> Atribuible al cónyuge \$	J. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:	3. <input type="radio"/> Empleado de Empresa Privada	6. <input type="radio"/> Otro
	D. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo)	1. <input type="radio"/>	(Ennegrezca aquí <input type="radio"/> si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)	
	E. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)	2. <input checked="" type="radio"/>	Contribuyente individual	
	F. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal?	3. <input type="radio"/>	Casado e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: <input type="radio"/> Casado con capitulaciones de total separación de bienes <input type="radio"/> Casado que no vivía con su cónyuge	
	G. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo? (Fecha en que cesó en el servicio: Día Mes Año)	(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)		
	H. <input type="radio"/> SI <input checked="" type="radio"/> NO	¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017? 1. <input type="radio"/> Contribuyente (Núm. decreto) 2. <input type="radio"/> Cónyuge (Núm. decreto)	Ocupación del contribuyente Maestro de Escuela 6110		
			Ocupación del cónyuge		

PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.					
Reintegro	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29 indique distribución en las líneas A, B, C y D)				
	A) Acreditar a la contribución estimada 2019				00
	B) Aportación al Fondo Especial para el Estudiante de la Bahía de San Juan				00
	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico				00
	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)				00
Pago	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29)				
	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado				00
	(b) Intereses				00
	Recargos 0 y Penalidades 0				00
	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))				99 00

Depósito	AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO	
	Tipo de cuenta <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Aportaciones	Número de ruta/tránsito <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Cuenta a nombre	Número de su cuenta <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinda planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)		

Declaro bajo pena de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.

Firma del contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> Firmada Electrónicamente	Fecha 12/04/2019	Firma del Cónyuge	Fecha
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio	
Firma del Especialista	Fecha	Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí)	Número de Registro

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☐ SI ☒ NO. Si contestó "SI", exija la firma y el número de registro del Especialista.